

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

N° 470

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Savinien SCHERMANN

Externe des Hôpitaux de Paris.

Interne à l'Institut du cancer de la Faculté de Médecine de Paris.

Certificat d'Etudes Radiologiques.

Né le 15 mai 1912, à Paris.

Contribution à l'Étude
du Diagnostic du Cancer du Sein
chez la Femme

Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur.*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Savinien SCHERMANN

Externe des Hôpitaux de Paris.

Interne à l'Institut du cancer de la Faculté de Médecine de Paris.

Certificat d'Etudes Radiologiques.

Né le 15 mai 1912, à Paris.

Contribution à l'Étude
du Diagnostic du Cancer du Sein
chez la Femme

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.	



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{re} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT. } Clinique médicale.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. } Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma reconnaissance, de
mon amour filial respectueux.*

A MA COLLÈGUE COLETTE SCHIERMANN,

MA FEMME

A qui je dédie ma thèse.

A MES BEAUX-PARENTS

*Qui m'ont si magnifiquement traité
comme leur fils.*

A MA SŒUR

*Dont l'inlassable amitié croît depuis ma
naissance.*

A MON BEAU-FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MA NIECE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUSTAVE ROUSSY

Recteur de l'Université de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*A l'Institut du Cancer qu'il a créé il fut
notre maître vénéré. Le respect qu'il nous
inspire restera l'émotion la plus intense de
nos années d'études.*

*En témoignage de notre reconnaissance
et de notre dévouement.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale.

*Présider notre thèse sera pour nous le
couronnement des deux années passées
dans son service.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine.

Chef des Travaux Anatomiques.

*Nous le remercierons toujours d'avoir dès
notre première année de médecine, ouvert
pour nous, son laboratoire. Son amitié par-
fois rude reste pour nous un honneur qui
fait tout notre orgueil.*

A MON MAÎTRE MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY REDON

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Chirurgien de l'Institut du Cancer.

*Nous avons admiré notre Maître et nous
le remercions d'avoir inspiré et guidé notre
thèse par un enseignement pour nous si
profitable.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR A SCHWARTZ

*Son enseignement fut pour nous les mois
les plus heureux de nos années d'étude.
Notre reconnaissance lui demeurera la plus
profonde.*

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Médecin de l'Hôpital Laënnec.

En hommage respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUEZY

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard.

*Nous essayerons de suivre l'enseignement
qu'il a bien voulu nous donner.*

A MES MAÎTRES A L'INSTITUT DU CANCER

MADAME LE DOCTEUR SIMONE LABORDE

Chef du Service de Curiethérapie à l'Institut du Cancer.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUGUENIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DELARUE

Médecin de l'Institut du Cancer.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

Chirurgien de l'Institut du Cancer.

MONSIEUR LE DOCTEUR BELOT

Radiologiste des Hôpitaux.

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR PATEY

Chef de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR BILLET

Chef de Clinique Chirurgicale.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR HUREZ

Chef de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIBERT

Interne des Hôpitaux de Paris.

A MADAME LE DOCTEUR LIBERSON

Médecin Assistant à l'Institut du Cancer.

A MES COLLÈGUES ET MES AMIS D'ÉTUDES.

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY VALENSY

Années d'Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUEZY

Interne à l'Institut du Cancer.

Le problème du diagnostic du cancer du sein est l'un des plus difficiles à résoudre.

La malade qui se sait porteuse d'une tumeur du sein exige de son médecin une réponse précise que l'étude des traités classiques ne peut fournir.

Un traité de chirurgie il y a quarante ans comprenait une étude détaillée des symptômes caractérisant la tumeur et parvenu au diagnostic laissait toujours la question non tranchée. Nous citerons la conclusion de P. DELBET qui considérait alors que toute tumeur qui n'était pas nettement mobile et encapsulée devait être considérée comme maligne.

C'est que le clinicien devait agir et n'avait pour s'aider aucune ressource.

Un pas important parut avoir été franchi en pratiquant une biopsie et dans l'édition de 1928 du Précis de Pathologie Chirurgicale LECÈNE et LENORMANT écrivaient : « l'importance du diagnostic est si grande qu'il ne faudra jamais hésiter à pratiquer cette innocente incision exploratrice plutôt que de perdre un temps précieux ».

Si la nécessité de l'incision exploratrice est indéniable, la biopsie obligeant à réintervenir après réponse fut abandonnée paraissant donner un coup de fouet à l'évolution du cancer. D'après MÉNÉGAUX, on

coupe des vaisseaux lymphatiques et en cas de malignité c'est un risque de dissémination aggravant le pronostic de l'opération complète ultérieure.

La radiographie, étudiée en vue du diagnostic des tumeurs du sein par LEDOUX-LEBARD, GARCIA GALDERON, ESPAILLAT dans le Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer et dans le Bulletin Médical de Paris, en apportant une méthode nouvelle ne fournit pas la certitude désirée dans tous les cas.

Si l'examen de la section de la pièce opératoire par un chirurgien expert permet à celui-ci de conclure, il reste le danger de passer à côté d'un petit foyer cancéreux perdu dans une masse de mammite où voisinant avec un kyste.

La thérapeutique du Cancer du sein, l'ablation large de la tumeur avec curage ganglionnaire, apporte un résultat d'autant plus efficace qu'elle est appliquée plus précocément.

Monsieur le Professeur G. Roussy a insisté dans ses cours sur cette nécessité d'un diagnostic précoce et a contribué à répandre cette notion capitale par de nombreuses conférences allant toucher le public des malades.

Eduquées par tous les moyens, mises en confiance par la thérapeutique, les malades viennent consulter précocément; toutes les statistiques voient le pourcentage des tumeurs vues à un stade avancé reculer par rapport à celui des tumeurs vues au début.

Le nombre des malades qui viennent consulter à l'Institut du Cancer pour une affection du sein est

considérable. Beaucoup spontanément, d'autres adressées par leur médecin embarrassé. Il est rare en France de pouvoir recueillir 200 cas homogènes, rassemblés par un seul groupe de médecins et permettant des comparaisons faciles à établir.

Nous apportons ici l'étude de deux cents cas de tumeur du sein en vue de porter une opinion sur la possibilité du diagnostic précis de ces tumeurs. Nous n'avons conservé que les observations complètes, c'est-à-dire celles qui rassemblent les renseignements que fournit l'examen clinique, ceux que rapporte le compte-rendu opératoire, ceux donnés par l'étude des coupes histologiques.

Nous décrirons brièvement la méthode suivie pour constituer le dossier de chaque malade afin d'éviter le doute qui pourrait naître de la valeur des signes qui seront cités. L'observation de la malade est prise dans des conditions toujours identiques et lue en présence des médecins et des chirurgiens assurant la consultation quotidienne de l'Institut du cancer; ainsi une erreur toujours possible à un seul sera nécessairement relevée par plusieurs examens. Hospitalisée dans le service de chirurgie la malade est réexaminée avant l'intervention et le résultat de la visite confronté avec le dossier constitué.

Quelques mots nous paraissent également nécessaires sur la conception du contrôle histologique tel qu'il est conçu à l'Institut du Cancer.

Le médecin chargé de la direction du laboratoire d'Anatomie-Pathologique assiste à la consultation.

C'est lui qui pratiquera l'examen peropératoire systématique. La pièce anatomique lui sera adressée avec l'observation clinique; enfin à chaque visite ultérieure de la malade, dans les mois ou les années qui suivent le traitement, les coupes lui seront représentées. Ainsi s'établit une collaboration clinique-histologique aussi parfaite que possible et le document apporté par l'Anatomo-pathologiste n'est pas une feuille perdue dans un dossier mais a pris toute sa valeur, a pesé dans chaque décision.

Nous avons, dans le but de soutenir l'idée de notre thèse, étudié deux cents observations constituant une importante statistique quant au nombre, comprenant toute l'étude possible de la documentation histologique.

La lésion du sein, à moins qu'elle n'ait atteint le stade d'adhérence à la peau ou d'envahissement caractéristique des ganglions, appartient à des natures très différentes et « l'on ne peut amputer la région mammaire à toutes les femmes qui présentent une lésion au niveau du sein » (MOULONGUET-DOLÉRIS dans le journal de gynécologie). A l'époque de la théorie des transformations de tumeurs bénignes en Cancer BAUMGARTNER écrivait : toute tumeur encapsulée doit être surveillée aux environs de la ménopause, un adénoïde pouvant évoluer sous la forme maligne.

La clinique seule ne peut nous apporter à ce stade de début la certitude et par conséquent dicter notre conduite. Nous ne voulons pas par là en diminuer la

valeur et à plus forte raison en proclamer la faillite. Le radiologiste qui apporte son avis sur le diagnostic d'un ulcère de l'estomac n'entre pas en rivalité mais en collaboration avec le clinicien.

Pour nous, le bilan de notre statistique sur la valeur des examens nés récemment, nous a convaincu de leur nécessité. L'investigation complète doit comprendre :

- La Transillumination de la tumeur;
- L'examen histologique péroopératoire;

Sur l'inocuité de l'examen peropératoire nous apporterons la statistique de GREENWOOD. D'après GREENOUGH, le premier symptôme est en général la tumeur; en l'absence de perte de la mobilité de la peau, rétraction, ganglions, une exploratrice s'impose. Elle doit être conduite de manière à ne pas diminuer les chances de guérison. L'auteur apporte alors une statistique d'après laquelle sur 72 cas d'examens peropératoires, les cancers ayant été opérés avec examen peropératoire ont présenté une guérison de plus de cinq ans dans 53 % de cas.

Sur 310 cas les cancers n'ayant pas été opérés avec biopsie extemporanée n'ont que 33 % de guérison après cinq années.

A. GOSSET conclut également (d'après MÉNÉGAUX) que la méthode assure une certitude mathématique.

Nous n'étudierons ni la technique de la transillumination, objet des travaux non encore achevés de M. le Professeur HUGUENIN ni celle de l'examen ex-

temporane à l'ultropack, nous ne les avons étudié que pour leur rôle dans la recherche du diagnostic. Nous montrerons comment grâce à eux il est devenu possible d'apporter à la malade la certitude immédiate et de lui proposer pour son cas l'intervention nécessaire.

ETUDE CLINIQUE
DE 200 OBSERVATIONS
DE TUMEURS DU SEIN

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'INTERROGATOIRE

L'examen clinique commence par un interrogatoire qui apportera les renseignements sur l'âge de la malade, sur le temps écoulé depuis la découverte de la tumeur, sur les transformations lentes ou rapides constatées depuis cette découverte, sur les signes fonctionnels ressentis, douleur ou indolence. On attachera une certaine importance aux modifications récentes du cycle menstruel. De même on exigera des détails précis sur les circonstances d'un traumatisme trop souvent invoqué à l'origine. Dans certains cas la notion de grossesse antérieure, d'incidents infectieux au cours de la lactation peut être intéressante.

De l'étude de l'âge des malades découle la notion que le cancer du sein est surtout une affection de la femme après la quarantaine mais dans la recherche de symptômes caractéristiques cette donnée n'a que peu d'intérêt. Après la statistique de LABRUNIE, la nôtre apporte des cas nombreux de cancers chez des femmes jeunes.

Statistique de LABRUNIE :

Malades âgées de 20 à 30 ans :	1 cas
— — 30 à 40 ans :	3 —
— — 40 à 50 ans :	5 —
— — 50 à 60 ans :	8 —
— — 60 à 70 ans :	4 —

Statistique de l'Institut du Cancer.

			Tumeurs	
			bénignes	Cancers
Malades âgées de	15 à 20 ans..		2	1
—	—	21 à 30 ans..	16	3
—	—	31 à 40 ans..	25	12
—	—	41 à 50 ans..	30	33
—	—	51 à 60 ans..	7	32
—	—	61 à 80 ans..	2	37

La notion de la découverte récente ou ancienne de la tumeur est particulièrement intéressante, car elle explique les différences importantes entre les descriptions anciennes et celles des auteurs modernes, la symptomatologie étant plus riche à l'époque où les cliniciens ne voyaient que des tumeurs évoluant depuis une période importante.

Dans le cas de découverte ancienne, il est évident que l'absence d'évolution de la tumeur apporte un renseignement de valeur. La proportion des malades venant consulter précocement s'établit ainsi :

Malades venues consulter dans les 10 jours ayant suivi la découverte.

Tumeurs bénignes, 13. Cancers, 15.

Malades ayant consulté dans les

	T. B.	T. M.
10 à 30 jours	30	7
1 à 3 mois	12	25
3 à 6 mois	7	14
6 à 12 mois	8	6

1 à 2 ans	6	14
Plus de 2 ans	11	25
Dates imprécises	8	12

Nous observons donc une proportion importante de malades qui éduquées sont venues demander un avis précocement, il existe toutefois un trop grand nombre qui, par crainte ou par ignorance, ont attendu deux ans et plus.

A côté de la notion facile à faire préciser de la découverte de la tumeur, il est le plus souvent impossible de connaître les modifications de volume de celle-ci, chez les malades consultant précocement le délai écoulé étant trop bref, et une malade venant consulter après de longs mois d'évolution explique son abstention par le manque d'attention qu'elle attachait à son cas.

L'accroissement plus ou moins rapide, qui, pour nombre d'auteurs et en particulier pour MÉNÉGAUX, aurait une certaine valeur, n'a pas apporté dans notre étude un renseignement précis.

Nous avons pu faire préciser l'augment

rapide dans 6 T. M. 2 T. B.

lent dans 9 T. M. 2 T. B.

nul dans 2 T. M. 2 T. B.

La régression spontanée de la tumeur est signalée dans

4 cas de tumeurs bénignes,

1 cas de cancer.

La douleur spontanée rythmée par le cycle mens-

truel est signalée par les auteurs classiques comme un excellent signe de bénignité; dans notre statistique nous le rencontrons dans la proportion de 6 cas de cancers pour 21 de tumeurs bénignes.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'INSPECTION

On recherchera la déformation du sein, la modification de coloration des téguments principalement en regard de la tumeur, l'existence d'un réseau veineux collatéral. L'adhérence à la tumeur sous-jacente se traduira par un épaissement de la peau, un sillon de capitonnage ou le piqueté appelé phénomène de la peau d'orange.

On inspectera le mamelon qui peut être plus élevé que du côté sain (FORGUE), qui n'occupe plus tout à fait le centre de l'aréole (BAUMGARTNER), dont la rétraction n'aura de valeur que si elle est d'apparition récente. Enfin l'ulcération peut être le caractère primordial.

L'aspect extérieur des tumeurs du sein dans certains cas permet le diagnostic dès l'inspection. Ainsi la masse unique de contours irréguliers, faisant sous les téguments distendus une saillie bosselée parcourue de varicosités, l'ensemble ayant une coloration violacée caractérise le sarcome du sein déjà évolué. De même la rétraction lente progressive de la glande et de la peau qui la recouvre caractérise le squirrhe atrophique, que cette rétraction soit localisée à une partie de la glande ou soit généralisée à tout le sein. Nous citerons encore les ulcérations à bords surélevés, déchiquetés, dont le fond est rouge, comblé de bour-

geons saignant au moindre contact, cette ulcération s'implantant sur une masse tumorale envahissant la glande.

Dans notre statistique la modification suspecte de la peau ou encore la saillie de la tumeur sous les téguments, la dilatation du réseau veineux superficiel ou la coloration bleu des téguments est rarement décelée; en dehors des cancers ulcérés nous n'avons noté l'un de ces symptômes que dans cinq cas de cancers et dans un cas de tumeur bénigne. — L'adhérence à la peau a surtout une grosse importance lorsqu'elle est due à une simple ride, à une légère dépression des téguments. A un stade plus évolué, les pores élargis, distendus apparaissent comme un pointillé, c'est le phénomène de la peau d'orange.

Dans d'autres cas, la rétraction de la peau est linéaire ou rassemblée en un seul placard réalisant le capitonnage.

Tous ces signes, adhérence à la peau, capitonnage, peau d'orange nous les avons retrouvés aussi bien dans des cas malins que traduisant des tumeurs bénignes.

La seule adhérence à la peau est décrite dans 41 cas malins, dans 5 cas bénins.

Le phénomène de la peau d'orange est décrit 11 fois pour le cancer et 2 fois pour des cas bénins.

Le capitonnage est trouvé dans 10 cas de cancers, dans un cas bénin.

L'ulcération est néoplasique 11 fois, tuberculeuse 1 fois.

Nous avons d'ailleurs signalé que seuls les bords de

cette ulcération tuberculeuse pouvaient prêter à confusion, le fond et la tumeur étant caractéristiques.

Le mamelon que GROSS signalait rétracté dans 52 % des cas n'a été trouvé rétracté que dans 37 cas encore faut-il supprimer 4 cas où cette rétraction existait depuis très longtemps et ne prenait aucune valeur. Parmi les tumeurs bénignes, on trouve 4 cas de rétraction récente et 8 cas de rétraction ayant toujours existé.

L'écoulement sanglant a été de tout temps considéré comme un phénomène très rare mais de grande valeur.

L'écoulement sanglant est toujours de faible abondance, il est intermittent; dans un cas d'ailleurs bénin, il coïncidait avec la période menstruelle. C'est un écoulement discontinu, parcimonieux (PATEL) et que l'on met en évidence par expression lente du mamelon.

L'écoulement sanglant est parfois pur, parfois rosé parfois mêlé de sérosité ou de pus. Il faut savoir reconnaître le sang sous les croûtelles qu'il forme en se coagulant, le laissant ainsi inaperçu. Dans un cas l'écoulement sanglant décrit par la malade n'était pas mamelonnaire mais provenait des tubercules situés en dehors.

On connaît toutes les discussions qu'a fait naître la décision à prendre dans le cas d'un écoulement sanglant isolé et unique symptôme.

Le phénomène n'a été décelé que quatre fois dans les cancers, 5 fois dans des cas bénins. L'écoulement signalé est séreux dans 4 tumeurs malignes, et dans

trois tumeurs bénignes, il est purulent dans un cas de cancer.

Le traumatisme est trop souvent invoqué par les malades et lorsqu'on interroge la malade sur la date de celui-ci les réponses indiquent des dates remontant à de nombreuses années antérieures, souvent plus de dix ans auparavant.

Nous n'avons retenu que les cas où le traumatisme a été la cause d'ecchymoses apparues peu après. Nous citerons deux observations extrêmement intéressantes sur les trois cas qui ont été retrouvés parmi deux cents observations.

OBSERVATION N° 7

Madame F., 50 ans.

Il y a deux mois reçoit un traumatisme violent sur la région mammaire; des ecchymoses apparaissent en même temps qu'une tumeur du sein, dure, ferme, douloureuse.

Actuellement la glande mammaire est augmentée de volume par rapport au côté opposé; on constate une voussure du quadrat supéro-externe, la peau est congestionnée, la rougeur disparaissant à la pression.

A la palpation : sensation d'empâtement ferme, élastique, profond, douloureux avec au centre une masse du volume d'un œuf plus dure et mal limitée qui adhère à la glande.

Tout est mobile sous la peau sur les plans profonds.

Dans l'aisselle on palpe quelques petits ganglions.

Une ponction est faite ne ramenant rien.

Devant la possibilité de se trouver en présence d'un hématome, on décide de temporiser et la malade doit revenir dans un mois.

Un mois après, la peau est toujours rouge, le mamelon se rétracte, la masse qui maintenant adhère à la peau a pourtant régressé du tiers.

La transillumination de la masse, en montrant une légère opacité ne permet pas de conclure, mais fait penser à un hématome.

On temporise un mois encore, étant donné la régression de la masse.

Le mois suivant, les ecchymoses persistent et l'empatement s'est ramolli. Le phénomène de la peau d'orange est très net. L'intervention est décidée avec examen préopératoire. Il s'agit d'un épithélioma atypique infiltré. Les ganglions sont envahis.

OBSERVATION N° 157

Madame F., 74 ans.

Cette malade a reçu il y a 5 semaines un violent traumatisme. Le sein, peu après, double au moins de volume, des ecchymoses apparaissent. Il succède au gonflement une tumeur dure qui ne régresse pas.

Actuellement, on constate derrière les ecchymoses une tumeur siégeant dans le quadrat inféro-interne, très dure, du volume d'une orange, à contours nets, mobile sous la peau et en profondeur mais adhérente au mamelon rétracté. Il existe une adénopathie bila-

térale mais sans caractère du côté opposé, dure et fixée du côté de la tumeur.

On pense à un hématome et la malade est priée de revenir dans quinze jours.

A la visite suivante, les caractères de la tumeur sont les mêmes mais l'adénopathie axillaire a augmentée et il est apparu une adénopathie sus-claviculaire.

L'intervention pratiquée sans précaution d'examen préopératoire est celle réservée aux cancers.

Réponse anatomo-pathologique : foyer hémorragique.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA PALPATION

La palpation est le temps capital de l'examen, pour apporter le maximum de précisions possibles, elle est toujours pratiquée avec des gestes identiques, répétée et réglée comme un trajet fixé à l'avance. C'est ce que les auteurs appellent les « principes qui doivent présider à l'examen clinique ».

Pour palper correctement la glande, on l'appliquera contre le plan rigide que constitue la paroi thoracique; c'est ainsi que l'on verra disparaître ces tumeurs dites « imaginaires » que tant de malades ont découvertes en empoignant un lobe normal de leur sein.

VELPEAU décrivait ainsi cette technique :

« On échappe à la méprise en pareil cas au moyen d'une manœuvre très simple; il suffit d'abandonner la mamelle et de l'explorer en place sur la paroi thoracique ».

La consistance, les dimensions, la précision et le détail des contours sont fournis par cette palpation.

Les rapports de la tumeur avec la glande sont ainsi perçus en ayant soin de toujours comparer avec le côté opposé.

Le cancer est classiquement dur, indolent, faisant corps avec la glande. La dureté, l'indolence, ne sont

pas pathognomoniques, car on peut les rencontrer dans des tumeurs adénoïdes et elles peuvent faire défaut dans des cancers (BAUMGARTNER).

C'est surtout la palpation qui permettra de découvrir la plus petite adhérence à la peau, celle qui ne se traduit que par une simple ride ou une légère dépression des téguments.

Pour WALTHER, il faut mobiliser la tumeur sous la peau, en repoussant un segment de glande qui lui est voisin; on voit alors la tumeur glisser sous les téguments et déterminer en un point qui correspond à son centre une dépression de la peau sous la forme d'une mince ride ou d'une surface plane qui traduit sans doute possible le début de l'infiltration néoplasique.

Les connexions profondes de la tumeur sont appréciées par la manœuvre de Tillaux qui a pour but de provoquer la contraction des pectoraux en demandant à la malade de rapprocher du corps le bras qu'on en a éloigné, tout en s'opposant à ce rapprochement.

L'adhérence au gril costal représente un stade encore plus avancé, elle est plus rarement rencontrée que l'adhérence aux pectoraux, son existence restant liée à la morphologie de la glande.

L'étude de l'adénopathie vient suivre la palpation bilatérale des glandes mammaires... Là encore une technique rigoureuse est à la base du succès de la recherche. Il faut que les doigts repliés en crochet aillent s'appliquer sur le contenu du creux de l'aisselle, le plus haut possible. On parvient au sommet de l'aisselle en demandant à la malade de lever son bras,

une fois en place la main de l'explorateur, on laisse la malade rapprocher le bras du corps.

Les caractères de l'adénopathie sont soigneusement notés, leur volume, leur nombre, leur mobilité, leur dureté, leur indolence.

On explorera le creux axillaire du côté opposé, les deux creux sus-claviculaires en se plaçant derrière la malade.

Une exploration méthodique aura rendu compte de l'unicité ou de la multiplicité de la tumeur, de son volume, de sa forme, de sa consistance, de sa limitation ou au contraire de l'absence de limitation; de son siège par rapport à la glande entière, de sa mobilité par rapport aux plans profonds; des adénopathies axillaires et sus-claviculaires.

	bénigne	Cancer
	Tumeur	
L'unicité de la tumeur est trouvée	57 fois	83 fois
La multiplicité de la tumeur est trouvée	8 —	8 —
La bilatéralité de la tumeur est trouvée	7 —	5 —

Parmi les cinq cas de bilatéralité des masses trouvées chez des malades cancéreuses, il n'y a que deux cas de cancers bilatéraux les 3 autres cas étant des coexistences de tumeur bénigne et de cancer.

Dans 22 cas de tumeur malignes, nous n'avons pas de tumeur à proprement parler mais un squirrhe ou les restes d'une intervention antérieure. Dans 10 cas

bénins, il existe non une véritable masse, mais de multiples petits nodules.

Le volume des tumeurs s'établit ainsi :

	T. B. T. M.	
tumeur du volume d'une bille	14	12
noix	44	34
mandarine ...	11	22
orange et plus	3	28
Pas de tumeur véritable	10	22

Nous voyons que les deux formes de tumeur du sein peuvent prendre des volumes s'étendant entre les mêmes limites.

La consistance des tumeurs a été classée en

Tumeur très dure, tumeur ayant la dureté du sein normal ou moyenne, tumeur de consistance élastique, tumeur molle ou fluctuante.

	Bénin	Malin
Tumeurs très dures	29	37
Tumeurs de dureté moyenne	37	75
Tumeurs élastiques	4	3
Tumeurs molles ou fluctuantes	2	3

Le caractère de limitation est soit net, soit imprécis, ou partiellement précis, partiellement imprécis.

	Bénin	Malin
Tumeurs nettement limitées	40	17
Tumeurs à contours partiellement im- précis	18	27
Tumeurs mal limitées	14	54

Le siège par rapport à la glande est établi en la divisant en quadrans.

	T. B. T. M.	
Siège dans le Quadrans supéro-externe ..	27	43
supéro-interne ..	4	5
inféro-externe ..	5	4
inféro-interne ..	4	6
Siège dans la moitié supérieure	14	11
inférieure	4	6
Siège sus-mamelonnaire	5	4
Siège dans le prolongement axillaire ..	3	7
Siège dans tout le sein	7	23
Siège non signalé	9	11

La fixité par rapport aux plans profonds est le seul symptôme n'ayant existé que dans les tumeurs malignes, mais il n'a été rencontré que dans vingt cas sur 118 cancers.

Nous plaçons ici l'adhérence au mamelon de la tumeur, qui peut exister seule ou bien, et c'est là le cas le plus fréquent, coexister avec sa rétraction.

Nous avons cité antérieurement la rétraction du mamelon, nous indiquons ici les deux cas de tumeurs bénignes, les neuf cas de tumeurs malignes où l'adhérence seule a été décrite, sans rétraction du mamelon.

L'adénopathie axillaire était autrefois un chapitre particulièrement étudié. L'importance au point de vue tant du diagnostic que du pronostic a été certainement très exagérée. Pour nous, nous avons eu principalement pour but de confronter les indications cliniques

et le compte rendu anatomo-pathologique. Nous avons voulu connaître de quelle précision l'exploration clinique était capable. Déjà dans les traités classiques, on signalait les différences importantes d'opinion qui existent entre plusieurs examinateurs en présence. Enfin nous avons étudié si certains caractères des ganglions étaient capables de fournir un appoint en vue du diagnostic.

Nous avons pu constater que dans la plupart des cas où l'exploration de plusieurs examinateurs était négative, des ganglions étaient rapportés par le courage ganglionnaire; que la même description de certaines adénopathies se rapportait à des tumeurs bénignes et à des tumeurs malignes. Que la métastase ganglionnaire ne pouvait être précisée cliniquement que dans un nombre très limité de cas. Enfin nous avons appris dans les cas où l'examen de la tumeur elle-même était incapable d'apporter le diagnostic qu'il ne fallait attacher aucune valeur aux caractères de l'adénopathie.

Nous avons divisé les adénopathies en groupant celles qui ne présentaient d'autres caractères que les adénopathies si fréquentes, si banales chez presque tous les individus, et celles qui soulevaient la suspicion d'un envahissement néoplasique.

Nous donnons maintenant les chiffres résumant l'exploration ganglionnaire.

Sur 118 cas de cancers nous avons trouvé l'adénopathie précisée dans 112 cas, dans 6 cas l'on n'a pu affirmer l'absence ou l'existence de ganglions.

Sur 82 cas de tumeurs bénignes les ganglions sont affirmés ou niés 72 fois.

Sur 112 cancers, 32 fois il n'a pu être découvert aucun ganglion, soit 28,5 %.

Mais le curage ganglionnaire a permis de découvrir 28 fois des ganglions inaccessibles à l'exploration clinique; le nombre des ganglions ainsi cachés variant entre trois et plus de dix.

L'exploration clinique a été justifiée dans 4 cas sur 32. Sur 80 cas où l'exploration ganglionnaire a été positive il y a eu 68 curages ganglionnaires et douze interventions limitées.

Le siège des adénopathies était :

dans 62 cas exclusivement axillaire;

dans 8 cas axillaire et sus-claviculaire;

dans 10 cas bilatéral.

Les caractères des ganglions étaient dans 32 cas sur 80 absolument identiques à ceux que l'on rencontre sur la moyenne des individus. Ni le volume ni la fixité, ni la dureté n'étaient caractéristiques.

Des ganglions durs et mobiles sont trouvés 9 fois,

Des ganglions volumineux sont trouvés 19 fois,

Des ganglions fixés sont trouvés 5 fois.

les ganglions sus-claviculaires étaient 5 fois sans caractères; 3 fois suspects d'être envahis;

les ganglions bilatéraux 4 fois étaient sans caractères, 6 fois suspects.

Comparons maintenant les données fournies par l'exploration clinique à celles fournies par l'anatomie pathologique.

Sur 32 cas où l'exploration clinique ne découvre aucun ganglion le curage de l'aisselle ramène :

13 fois des ganglions non envahis par des métastases;

15 fois des ganglions envahis.

Sur 32 cas ou aucun caractère précis ne définit l'adénopathie :

17 fois, il y a métastase néoplasique;

15 fois, il n'y a pas de métastase.

Les ganglions volumineux sont envahis 16 fois
sont indemnes 3 fois

Les ganglions fixés sont envahis 3 fois
sont indemnes 2 fois

Sur 9 cas de ganglions durs et mobiles le curage fait 7 fois, ramène :

6 fois des ganglions envahis;

1 fois des ganglions indemnes.

Les ganglions axillaires correspondant aux cas d'adénopathie sus-claviculaire parmi les cas sans caractères sont:

1 fois envahis;

1 fois indemnes;

parmi les cas suspects, sont :

1 fois envahis;

1 fois indemnes.

Les ganglions bilatéraux correspondent à :

7 cas avec envahissement néoplasique.

3 cas sans envahissement.

Signalons enfin un cas où l'examen clinique avait affirmé l'existence de ganglions sans que le curage ganglionnaire minutieux n'en ramène un seul.

Dans l'étude des tumeurs bénignes nous avons relevé 31 cas avec adénopathie, 51 sans ganglions.

Leur siège est :

18 fois axillaire seulement;

2 fois axillaire et sus-claviculaire;

11 fois bilatéral.

28 cas de tumeurs bénignes présentent des ganglions banaux;

2 cas de tumeurs bénignes présentent des ganglions durs et mobiles;

1 cas de tumeur bénigne présente des ganglions fixés.

Tel est le résumé chiffré des renseignements fournis par l'examen clinique comparé avec les renseignements apportés par le compte-rendu histologique, nous donnerons maintenant les observations les plus expressives pour exposer encore les difficultés de porter le diagnostic de cancer du sein.

OBSERVATION N° 6.

Madame R., 59 ans.

Depuis quatre mois la malade est suivie par son médecin qui ne pouvant conclure adresse la malade à l'Institut du Cancer, en signalant l'accroissement rapide de la tumeur.

A l'examen : tumeur dure, bien limitée, siégeant dans la moitié interne du sein, du volume d'un noyau de pêche; mobile sur la peau et en profondeur; mobile dans la glande; très douloureuse au palper; il existe dans l'aisselle une adénopathie de type banal qui se retrouve du côté opposé; rien dans le creux sus-claviculaire.

La conclusion est fournie par l'examen peropératoire; c'est un épithélioma atypique infiltré; les ganglions curétés ne sont pas envahis par des métastases.

OBSERVATION N° 13.

Madame M., 61 ans.

Il y a 4 ans que la malade a consulté pour la première fois un médecin pour une tumeur du sein.

Plusieurs médecins consultés avaient pu se croire en présence d'un lipome. Lorsque la malade consulte à

l'Institut du Cancer, la tumeur a envahi la peau qui est presque ulcérée, se trouve fixée aux plans profonds. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un épithélioma.

**OBSERVATIONS DE MALADES
AYANT DEJA SUBIES UNE INTERVENTION
LIMITEE AVANT DE VENIR CONSULTER
A L'INSTITUT DU CANCER**

OBSERVATIONS N^{os} 1, 14, 21, 22, 28, 46, 49, 51, 66.

Les malades sont venues sur les conseils de leur médecin; ayant subi une intervention limitée, pour diminuer, grâce à la thérapeutique par radiothérapie pénétrante, la gravité d'une erreur connue après examen anatomo-pathologique post-opératoire.

OBSERVATION N^o 23.

Madame B., 44 ans.

Il y a six jours que la malade a découvert dans son sein une tumeur.

On est en présence d'un petit noyau indolent siégeant dans le quadran supéro-externe du volume d'une noisette; il est de consistance élastique et à limites imprécises.

En position couchée on ne perçoit la tumeur que difficilement mais la peau semble modifiée en regard.

Un seul ganglion axillaire mou, indolent, mobile.

La transillumination met en garde sur l'existence d'une ombre qui toutefois disparaît en tirant sur la peau.

Sur l'observation on note que le diagnostic, s'il fallait l'affirmer, serait : tumeur bénigne.

Examen peropératoire : épithélioma.

OBSERVATION N° 26.

Madame L., 49 ans.

Consulte parce que depuis trois mois elle souffre au niveau des seins. A la palpation on sent dans la glande d'une part un nodule gros comme une noisette, bien limité, arrondi, de la consistance des lipomes, d'autre part au voisinage du premier et dans le quadrat supéro-externe également un tout petit nodule du volume d'un petit pois. Aucune adénopathie. Il semble de toute évidence qu'il s'agit là d'une lésion bénigne et en absence de l'Anatomo-pathologiste on pratique une ablation limitée que vient confirmer l'examen peropératoire ne découvrant pas la petite lésion.

C'est l'examen histologique définitif qui découvre le noyau d'épithélioma.

OBSERVATION N° 27

Madame G., 45 ans.

Le début qui remonte à un mois est celui qui caractérise d'ordinaire un abcès du sein :

douleur, rougeur au niveau de l'aréole suivies d'un écoulement purulent par le mamelon.

Actuellement on perçoit au pôle inférieur du sein quelques petits noyaux durs et mal limités. Le mamelon est rétracté. Aucune adénopathie.

A la transillumination on constate l'existence d'un épithélioma. A l'examen peropératoire la réponse est impossible mais on s'appuie sur la transillumination pour décider une ablation large qui est justifiée définitivement.

On trouve après curage des ganglions non métastatiques.

OBSERVATION N° 31.

Madame P., 62 ans.

Consulte pour une masse de la dimension d'une amande verte de consistance lipomateuse, de forme allongée, mal limitée, sensible au palper. En arrière de cette masse on sent un autre nodule de volume d'une noisette, dur au palper.

Aucune adénopathie.

L'intervention suit les données de l'examen peropératoire qui ne découvre pas un petit épithélioma.

Une seconde intervention doit être décidée après l'examen des coupes sur paraffine.

OBSERVATION N° 43.

Madame B., 49 ans.

La malade a constaté hier la présence dans le quadrans supéro-externe du sein une petite tumeur de la dimension d'une amande. La tumeur est de forme ovale, dure, bien limitée au pôle supérieur, imprécisément au pôle inférieur, sensible au palper. La mobilité sur la peau et sur les pectoraux est parfaite. Aucune adénopathie décelable.

C'est l'examen peropératoire qui découvre l'épithélioma. Il existe des ganglions non envahis.

OBSERVATION N° 46.

Madame H., 55 ans.

Il s'agit d'une femme opérée pour une tumeur qui à la description de la malade n'avait aucun caractère classique de malignité. La consultation actuelle est justifiée par l'apparition d'une tumeur du volume d'une amande bien limitée siégeant dans le sein opposé.

La première tumeur n'a pas été examinée histologiquement même après l'intervention.

Il paraît certain que les deux masses étaient bénignes.

L'examen peropératoire vient apporter la preuve de l'erreur de diagnostic.

OBSERVATION N° 51.

Madame G., 39 ans.

La malade très anxieuse consulte pour une masse qui paraît n'exister que dans son imagination.

Quelques mois après on intervient pour un petit noyau d'apparence bénigne.

Peu après œdème, douleurs apparaissent ainsi qu'une adénopathie. Les ganglions sont bilatéraux mais plus volumineux du côté de la tumeur.

On ne sent au palper qu'un tout petit nodule qui paraît constitué par de la glande normale.

La transillumination et l'examen peropératoire affirment la nature maligne de la tumeur; un ganglion sur les 7 est envahi.

OBSERVATION N° 71.

Madame P., 52 ans.

La malade a constaté depuis trois mois l'existence d'une tumeur qui n'a pas subi d'augmentation, qui n'est pas douloureuse. On trouve dans le quadrans supéro-externe une masse du volume d'une noix très dure, de contours irréguliers, assez bien limitée, adhérente à la peau. Dans l'aisselle quelques petits ganglions sont perçus, sans caractères.

Dans l'autre sein une masse plurilobée est palpable et une sérosité brunâtre s'écoule par le mamelon.

La décision est impossible sans examen peropératoire. S'agit-il d'un ou de deux épithéliomas ?

La réponse est apportée :

à droite épithélioma;

à gauche tumeur bénigne.

OBSERVATION N° 74.

Madame M., 43 ans.

La malade a perçu il y a quelques jours une tumeur dans son sein. Il s'agit d'une masse de la taille d'une noisette, arrondie, ferme, élastique au palper bien limitée mobile sur la peau et en profondeur. Le mamelon n'est pas rétracté.

La malade a toujours remarqué une poussée congestive au moment des règles. Dans l'aisselle on sent quelques ganglions qui sont identiques à ceux de l'aisselle opposée.

L'intervention paraît pouvoir se passer d'histologie peropératoire. L'erreur sera rectifiée sur la réponse définitive du laboratoire d'anatomie pathologique.

OBSERVATION N° 148.

Madame R., 55 ans.

Il n'y a que quelques jours que la malade a constaté l'existence d'une masse dans son sein. La tu-

meur est du volume d'une noix mal limitée intimément fixée dans la glande mais libre en profondeur.

Un capitonnage cutané est très nettement visible.

Dans l'aisselle on peut palper deux ganglions durs, mobiles, de petit volume.

On pense sans doute possible à un épithélioma alors qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, de mammite chronique.

OBSERVATION N° 118.

Madame C., 58 ans.

La malade consulte pour une adénopathie axillaire du volume d'une noix. Les ganglions perçus sont durs et peu mobiles au voisinage d'un prolongement axillaire du sein.

Le doute restant sur l'origine de cette adénopathie, on propose à la malade une intervention avec contrôle peropératoire qui est refusée.

Deux ans après la malade revient. Les ganglions ont augmenté, il en existe dans le creux sus-claviculaire mais on ne perçoit aucune tumeur du sein.

La masse ganglionnaire est très importante, fixée, difficilement opérable.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cancer du sein.

OBSERVATION N° 200.

Madame B., 52 ans.

Il y a 8 jours la malade a perçu une masse dans son sein ce qui l'amène à consulter.

La tumeur a le volume d'un œuf. Elle comprend une zone de consistance pâteuse avec en son centre une masse très dure du volume d'une noix.

La peau en regard de la tumeur est épaissie, comme infiltrée. Dans l'aisselle on sent quelques ganglions petits et mobiles. Par la transillumination on affirme la bénignité de la tumeur, ce qui est vérifié ultérieurement.

OBSERVATION N° 201.

Madame M., 51 ans.

Il y a 18 mois cette malade a été opérée hors de l'Institut du Cancer. L'intervention a été limitée à une tumeur que le praticien consulté avait affirmé être bénigne. Il n'y eut même pas d'examen anatomopathologique post-opératoire.

Peu après apparaît une récurrence locale à laquelle la malade ne fait pas attention se croyant définitivement guérie. Lorsque la malade a le courage de se décider à consulter, la tumeur est énorme, fixée au gril costal et la peau est presque ulcérée.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir apporté la preuve de l'impossibilité du diagnostic du cancer du sein sans se servir des données fournies par les examens nouveaux la transillumination, l'histologie peropératoire.

Nous avons vu la pauvreté des signes qui traduisent le cancer du sein à son début, le manque de caractères d'un petit noyau d'épithélioma perdu dans une glande souvent dystrophique et surtout l'absence de signes pathognomoniques de bénignité.

Nous citerons Raoul MONOD écrivant dans un article paru au bulletin médical « de tous les symptômes classiques : adhérence à la peau, peau d'orange, ganglions, aucun n'a de valeur absolue ».

Le nombre des tumeurs bénignes où ces 3 symptômes classiques ont été rencontrés est égal à 35.

4 tumeurs imprécisément limitées, 9 cas imprécisément limités avec adénopathie axillaire. Un cas à limites imprécises avec adénopathie axillaire et capitonnage cutané. Une observation de rétraction récente du mamelon. Deux cas de rétraction récente du mamelon associée à une adénopathie axillaire. Un cas d'écoulement sanglant par le mamelon. Un cas ou un tel écoulement coexiste avec une adénopathie axillaire. Deux tumeurs fixées dans la glande avec

adénopathie axillaire. Un cas d'adhérence au mamelon avec adénopathie axillaire.

Quatre cas d'adénopathie axillaire dure ou volumineuse associée à une tumeur mal limitée. Un cas d'adénopathie sus-claviculaire. Un cas d'ulcération du mamelon avec tumeur du sein : était-ce une maladie de Paget ? Quatre cas d'adhérence à la peau. Un cas où l'adhérence à la peau existe avec une adénopathie. Un cas de récidive adhérente à la peau d'une tumeur bénigne non examinée histologiquement.

Signalons enfin une ulcération d'une tuberculose mammaire à bords suspects.

Au total, 35 cas où une interprétation personnelle devait suppléer à la certitude désirable, soit 17,5 % de notre statistique.

Si, depuis longtemps l'examen histologique peropératoire est pratiqué systématiquement, il y eut quelques défaillances et à deux reprises la certitude était telle que l'on crut pouvoir se passer de l'histologiste.

L'intervention fut celle réclamée pour les cancers, l'erreur constatée à l'examen de la pièce opératoire.

Dans chacun des 33 cas restant l'examen histologique permit de n'intervenir que pour la lésion bénigne qui fut en outre vérifiée définitivement après inclusion à la paraffine.

Nous faisons volontairement le silence sur le rôle de la transillumination seule, M. le Professeur HUGUENIN étant l'auteur de travaux non encore publiés.

Le résumé des cas de tumeurs cancéreuses est également significatif :

Tumeurs ulcérées 15, soit 7,5 %.

Tumeurs si évidemment malignes après examen clinique et transillumination que l'examen peropératoire n'est pas exigé : 42 soit seulement le cinquième.

61 cas intéressent notre thèse.

19 cas où le diagnostic est simple et l'examen peropératoire systématique, soit 10 %.

22 cas où le diagnostic est impossible sans examen peropératoire ou 11 %.

Etudions enfin les erreurs de diagnostic.

Elles sont au nombre de vingt :

Douze malades sont opérées hors de l'Institut du Cancer sans transillumination sans examen peropératoire.

3 cas identiques où nous sommes responsables.

3 malades ont perdu un temps considérable par suite de l'hésitation du clinicien, erreurs rectifiées par l'examen peropératoire.

Citons enfin un cas où la décision fut prise en l'absence de l'histologie et où malgré l'incertitude le diagnostic fut justifié.

Toute méthode à son début demande à être poursuivie avec courage.

C'est ainsi qu'en trois cas où tout permettait de conclure à la bénignité, l'examen peropératoire ne permit pas de découvrir un minuscule boyau d'épithélioma perdu au milieu d'un bloc de mammite.

Nous ne pouvons établir une comparaison entre le nombre des erreurs cliniques et celui des erreurs de l'examen peropératoire car les 3 erreurs de ce

dernier eurent lieu tout au début de l'application de la méthode, mais c'est surtout parce que dans 55 cas sur 200, soit 28 %, le diagnostic n'est dû qu'à ces seuls examens : transillumination et histologie peropératoire. Pour tous les cas d'une difficulté insurmontable ou simplement suspects. Pour tous ces cas où le clinicien hésite, instruit des pièges si nombreux, la méthode associant à l'examen clinique une transillumination et un examen peropératoire donne à la malade et à son médecin une sécurité absolue.

Un triple but est ainsi réalisé :

Porter d'emblée un diagnostic avec certitude.

Eviter à la malade une mutilation trop étendue et inutile.

Intervenir en un seul temps et n'avoir plus à exposer la malade à l'angoisse d'une attente qu'exige la réponse du laboratoire, sans parler du danger créé par une intervention limitée qui taille en pleine tumeur.

Nous rappellerons ici les paroles de Monsieur le Docteur REDON.

Pas plus que la Radiologie ne s'oppose à la clinique, l'examen peropératoire ne condamne celle-ci.

La radiologie ne peut être discutée non plus que toute méthode apportant une sécurité supplémentaire en vue du diagnostic.

En gastro-entérologie où l'interrogatoire établit le diagnostic le chirurgien peut-il se passer des précisions qu'apportent les radiographies ?

L'examen peropératoire apporte un concours pré-

cieux dans l'ablation des goîtres thyroïdiens, des tumeurs salivaires, des tumeurs cutanées permettant de connaître la nature de la tumeur au cours de l'intervention.

Si nous citons tant d'exemple, c'est afin de répondre à l'objection qu'on élève contre la difficulté de l'examen peropératoire, nombre de chirurgiens exerçant dans une ville où ils ne peuvent faire bénéficier leurs malades des découvertes récentes faute d'histologiste. Encore rares sont les cités de France où réside le spécialiste entraîné à porter rapidement son diagnostic sur des coupes de coloration peu poussée.

Il nous paraît facile de répondre que de la nécessité de ces données nouvelles doit résulter leur diffusion qui décidera de nouveaux médecins à cette spécialisation.

Avec la rapidité des moyens de transports modernes, l'histologiste peut apporter partout la certitude nécessaire pour assurer un diagnostic trop souvent impossible et décider une conduite opératoire exigée par l'intérêt des malades.

Vu : Le Président de Thèse,
P. DUVAL,

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie clinique et opératoire.

J.-W. BINAUD et J. BRAQUEHAYE. — Maladies de la mamelle. Tome 7.

BAUMGARTNER. — Nouveau traité de chirurgie, maladies de la mamelle.

LECÈNE et LENORMAND. — Précis de pathologie chirurgicale, tome 3.

LEJARS. — Exploration clinique.

LENORMANT et PATEL. — Précis de diagnostic chirurgical.

MÉNÉGAUX. — Encyclopédie médico-chirurgicale.

R. LEDOUX, LEBARD, J. GARCIA, CALDERON, ESPAILLAT.
— L'examen radiographique du sein et le radio-diagnostic de ses affections bénignes et malignes. (*Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer*).

R.-C. MONOD. — Diagnostic précoce du cancer du sein. (*Bulletin médical*, n° 47, 25/11/33).

P. MOUMONGUET DOLERIS. — Diagnostic du cancer du sein. (*La Gynécologie*, 6/34).

LECÈNE et GALTIER. — (*Journal de Chirurgie*, avril 1928, page 481).

FORGUE. — *Presse médicale*, 5/6/1926.

